COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64159272
RC793 .Se5 1899 Ueber rheumatische A
RECAP

1899

Sendziak

Ueber rheumatische Affektionen des Pharynx.

THE LIBRARIES

COLUMBIA UNIVERSITY

MEDICAL LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/ueberrheumatisch00send

Klinische Vorträge

aus dem Gebiete der

Otologie und Pharyngo-Rhinologie.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. ANTON, Prag; Dr. BARNICK, Graz; Prof. Dr. BARTH, Leipzig; Dr. L. BLAU, Berlin; Prof. Dr. BLOCH, Freiburg i. B.; Primararzt Dr. O. BRIEGER, Breslau; Doc. Dr. BRUNNER, Zürich; Doc. Dr. BURGER, Amsterdam; Dr. EULENSTEIN, Frankfurt a. M.; Dr. FINK, Hamburg; Prof. Dr. GRADENIGO, Turin; Prof. Dr. HABERMANN, Graz; Docent Dr. HAJEK, Wien; Prof. Dr. HESSLER, Halle a. S.; Prof. Dr. HOFFMANN, Greifswald; Dr. JOËL, Gotha; Dr. KAHN, Würzburg; Prof. Dr. KILLIAN, Freiburg i. B.; Dr. KRETSCHMANN, Magdeburg; Dr. LIEVEN, Aachen; Dr. HOLGER MYGIND, Kopenhagen; Doc. Dr. NEUMAYER, München; Prof. Dr. ONODI, Budapest; Dr. R. PANSE, Dresden; Prof. Dr. PASSOW, Heidelberg; Doc. Dr. ROHRER, Zürich; Prof. Dr. SCHECH, München; Dr. P. SCHUBERT, Nürnberg; Prof. Dr. SEIFERT, Würzburg; Prof. Dr. STETTER, Königsberg; Prof. Dr. THORNER, Cincinnati; Dr. WEIL, Stuttgart

herausgegeben von

Docent **Dr. Haug**-München.

Dritter Band. Siebentes Heft.

Ueber rheumatische Affektionen des Pharynx, des Larynx und der Nase.

Von

Dr. **Johann Sendziak**

in Warschau.

Jena,

Verlag von Gustav Fischer.

1899.

Preis für de[illegible] 60 Pfennig.

Preis für den vollständig[illegible] gefähr 12 Heften im Umfange vo[illegible] 10 Mark.

L. HYDEL,
MEDICAL BOOKS.
230. E. 50 TH ST.
NEW YORK.

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Klinische Vorträge

aus dem Gebiete der

Otologie und Pharyngo-Rhinologie

für die Interessen des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Docent Dr. Rud. Haug,

Vorstand der Abtheilung für Ohrenkranke an der Kgl. Universitätspoliklinik zu München.

Der erste Band liegt vollständig vor mit folgenden Vorträgen:

I. **Die Grundzüge einer hygienischen Prophylaxe der Ohrentzündungen unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen hygienischen Massnahmen** von Docent Dr. Rud. Haug, München. Einzelpreis: 1 M.

II. **Ueber die vom Gehörorgane ausgelösten allgemeinen und lokalen Reflexerscheinungen** von Dr. A. Eitelberg, Wien. Einzelpreis: 80 Pf.

III. **Die Intoxikationen, speciell die Arzneiintoxikationen in ihrer Beziehung zu Nase, Rachen u. Ohr** von Dr. F. Rohrer, Zürich. Einzelpreis: 80 Pf.

IV. **Die Folgekrankheiten der eiterigen Mittelohrentzündungen, ausschliesslich der durch akute Eiterungen entstandenen Warzenfortsatzerkrankungen** von Dr. med. Eulenstein, Frankfurt a. M. Einzelpreis: 80 Pf.

V. **Der chronische Rachenkatarrh, seine Ursachen und seine Behandlung** von Dr. Emanuel Fink, Hamburg. Einzelpreis: 1 M.

VI. **Ueber die chronische, trockene Entzündung des Trommelfells, eine in den Behandlungsbereich des praktischen Arztes fallende, häufige Erkrankung** von Professor Dr. G. Stetter, Königsberg i. Pr. Einzelpreis: 50 Pf.

VII. **Die Gewerbekrankheiten der Nase und Mundrachenhöhle** von Docent Dr. Seifert, Würzburg. Einzelpreis: 80 Pf.

VIII. **Die akute, eiterige Mittelohrentzündung und ihre Behandlung** von Dr. E. Weil, Stuttgart. Einzelpreis: 60 Pf.

IX. **Die luetischen Erkrankungen des Gehörorgans** von Prof. Dr. Joh. Habermann, Graz. Einzelpreis: 1 M.

X. **Ueber den sog. Ménière'schen Symptomenkomplex und die Beziehungen des Ohres zum Schwindel** von Docent Dr. Gustav Brunner, Zürich. Einzelpreis: 80 Pf.

XI. **Kurzer Ueberblick über die im Gefolge der akuten eiterigen Mittelohrentzündung auftretenden häufigsten Affektionen des Warzenfortsatzes unter besonderer Rücksichtnahme auf Aetiologie und Behandlung** von Dr. Victor Lange, Kopenhagen. Einzelpreis: 50 Pf.

XII. **Die Neubildungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes, unter besonderer Berücksichtigung der gutartigen (mit Ausschluss der adenoiden Vegetationen)** von Dr. Eugen Joél, Gotha. Einzelpreis: 1,20 M.

XIII. **Ueber die Manifestationen der Hysterie am Gehörorgan** von Prof. G. Gradenigo, Turin. Einzelpreis: 2,40 M.

Fortsetzung auf der 3. Seite dieses Umschlages.

Ueber rheumatische Affektionen des Pharynx, des Larynx und der Nase.

Von

Dr. **Johann Sendziak**
in Warschau.

(Nach dem in der Sitzung der französischen laryngologischen, rhinologischen und otologischen Gesellschaft, Paris, Mai 1899, gehaltenen Vortrage.)

Ausgegeben im November 1899.

RC793
.E5
1899

Nachdruck verboten.

Erwähnungen über die Affizierung des Pharynx bei akutem Gelenkrheumatismus (Rheumatismus articulorum acutus) begegnen wir zum ersten Male in der Mitte des 7. Jahrzehntes des laufenden Jahrhunderts[1]).

Trousseau (1) in Frankreich, in Amerika Clark (2) und Ogle (3) sind die ersten, welche gleichzeitig (1865) die Aufmerksamkeit auf die Beziehungen dieser beiden Affektionen lenkten.

Viel später erwähnen in Deutschland (erst 1872) Heymann (4) und ein paar Jahre später Niemeyer-Seitz (5) die Affizierung des Pharynx bei akutem Gelenkrheumatismus.

Kurz darauf erwähnen Lagranère und Piponnier (6), Trousseau's Schüler, daß sie das Auftreten von Angina entweder vor oder gleichzeitig oder endlich nach akutem Gelenkrheumatismus beobachtet haben. Boeck (7) lenkt die Aufmerksamkeit auf das frequente Auftreten der Angina s. Tonsillitis lacunaris während dieses Leidens.

Schon damals mußte die Ansicht über die Beziehungen, welche zwischen den Affektionen des Pharynx einerseits und dem akuten Gelenkrheumatismus andererseits bestehen, besonders in Amerika, resp. in England, sehr verbreitet sein, da Lennox-Brown in seinem Handbuch über Halskrankheiten vom Jahre 1878 von dem rheumatischen Charakter der akuten Tonsillenentzündung spricht.

Dieser Autor erwähnt ebenfalls, daß er vielmals bei gewöhnlicher Entzündung der Tonsillen Geräusch im Herzen beobachtet habe. Obgleich die Ansicht von Lennox-Brown besonders in Deutschland keinen Anklang gefunden hat, so hat man doch von jener Zeit an immer mehr Beobachtungen gemacht, welche zu Gunsten dieser Ansicht zu sprechen scheinen.

So hatte im Jahre 1880 Fowler (8) Gelegenheit, an sich selbst sich von dieser Konnexion zu überzeugen, Garrod (9) aber giebt ein

1) Ich werde hier vor allem die ausgezeichnete Monographie von Peltesohn in Berlin, sowie die von Suchannek, Docent in Zürich, zu Rate ziehen, in welchen die Litteratur betreffs der besprochenen Frage ausführlich angegeben ist.

Verhältnis von 80 Proz. zwischen Pharynxleiden und akutem Gelenkrheumatismus an. Lasègue (10) giebt in demselben Jahre zwei diesbezügliche Beobachtungen an: in einem derselben ging die Pharynxentzündung dem Gelenkrheumatismus voran, in dem zweiten trat sie nach demselben auf. Die statistischen Angaben von Garrod werden von Stewart (11) und von Harkin (12) bestätigt. Der letztere Autor bemerkte Tonsillitis als primäres Leiden in der Hälfte der Fälle von akutem Gelenkrheumatismus. Weiter wurden diesbezügliche Beobachtungen von Boeck (7), Bull, Löbl (13), Laure (14), wieder Boeck (7), welcher dreimal in dieser Frage auftritt, Ollivier (15), Saint-Clair Thompson (16) und Male (17) veröffentlicht.

Im Jahre 1885 publiziert Mantle (18) in einer gut verfaßten Arbeit die Resultate seiner Beobachtungen, welche Fowler's Ansicht bestätigen (epidemisches Auftreten von rheumatischer Entzündung des Pharynx). Er unterscheidet zwei Arten dieses letzteren Leidens: 1) rheumatische Membranenentzündung des Pharynx (Angina rheumatica membranacea), ähnlich der Diphtherie, und 2) non membranacea, welche an eine scharlachartige Entzündung des Pharynx erinnert (Angina scarlatinosa). Am öftesten werden dabei nach diesem Autor die oberen Extremitäten affiziert (Ellbogengelenk), nachher die unteren (Knie- und Fußgelenk). Manchmal bemerkte er auch Affizierung des Herzens (Valvula bicuspidalis), gewöhnlich aber vorübergehend. Als charakteristisches Merkzeichen dieses Leidens giebt der Autor dessen raschen Verlauf an.

Im allgemeinen bemerkt man in den Jahren 1885 und 1886, besonders in England und in Amerika, ein bedeutendes Interesse an dieser Frage, so daß sogar von seiten der British Medical Association eine Kommission delegiert wurde, welche kollektive Forschungen über die Frequenz der Pharynxleiden während akuten Gelenkrheumatismus zum Zwecke hatte, wobei Green (19) als Referent demonstrierte, daß in mehr als 25 Proz. Tonsillenentzündung (Tonsillitis) diesem Leiden voranging.

Alle Autoren, welche damals über diese Frage geschrieben haben, wie Griffith (20), H. Brown (21), Fitzmaurice (22), Fortescue Fox (23), Easby (24), Craig (25), Plimmer (26), J. Brown (27), Cameran (28), endlich Gubb (29), erklärten ihre Ansicht, welche die kausale Existenz einer Konnexion zwischen diesen pathologischen Prozessen bestätigte. Der einzige, Atkinson (30), ist Gegner dieser Ansicht, obgleich er in der letzten Zeit Gelegenheit hatte, Affizierung des Pharynx bei akutem Gelenkrheumatismus zu beobachten.

Merkwürdig sind die Angaben von H. Brown. Dieser Autor beobachtete auf 127 Fälle von akuter Mandelentzündung (Schulepidemie) 119 mal Konnexion mit Rheumatismus; nämlich in 76 Fällen wurde dieses Leiden vorher beobachtet, in 14 Fällen bestand gleichzeitig akuter

Gelenkrheumatismus, in 24 Fällen Muskelrheumatismus, endlich in 28 bestätigte man rheumatische Schmerzen. In 46 Fällen litten die Eltern an Rheumatismus (in 22 der Vater, in 14 die Mutter, endlich in 10 Fällen beide), in 17 Fällen aber die Geschwister. Semon (31) beobachtete ebenfalls sehr oft Entzündung des Pharynx, durch rheumatische Schmerzen kompliziert, viel seltener aber durch typischen Gelenkrheumatismus. J. Brown ist der Ansicht, daß man die Eiterung der Mandel verhindern kann durch frühzeitiges Eingeben von Salicylmitteln, was ich auf Grund meiner eigenen Erfahrung ebenfalls bestätigen kann.

Stephanides von Carlsbad (32) giebt einen sehr interessanten Fall: Eine 35-jährige Kranke litt im Verlaufe von 2 Wochen nach der Reihe an Entzündung des Pharynx, allgemeinem Gelenkrheumatismus und Purpura. Dies alles wiederholte sich nach 8 Monaten. Nach Entfernung der hypertrophierten Mandeln wurde diese Kranke endgiltig hergestellt. Seifert (33) erwähnt ebenfalls in einer schönen Monographie über „Angina lacunaris" vom Jahre 1886 die Beziehungen dieses Leidens zu akutem Gelenkrheumatismus. Ebenso Eichhorst in seinem bekannten Handbuch specieller Pathologie und Therapie. Weiter schrieben über diesen pathologischen Prozeß: Lewis (34), Whipham (35), Beverley Robinson (36), Radcliffe (37), Thayer (38, 7 Fälle von rheumatischer Entzündung des Pharynx), Ingals (39), welcher sogar das Bestehen einer chronischen rheumatischen Entzündung des Pharynx annimmt, Thorner (40), Hinkel (41), Auche (42), Dalton (43), Cressland (44, sehr interessanter Fall eines 20-jährigen Kranken, welcher seit seinem 17. Jahre im Laufe der 3 letzten Jahre 5mal Mandelentzündung durchmachte, jedesmal mit akutem Gelenkrheumatismus kompliziert); endlich bei uns (Polen) Czajkowski (45, 2 Fälle), welcher ebenfalls eine Verbindung zwischen diesen Leiden anerkennt.

Im Jahre 1890/1 sagt Fiedler in der ausgezeichneten Arbeit „Zur Aetiologie der Pleuritis", daß im ersten Stadium des rheumatischen Leidens die Mandeln sehr oft Alterationen bieten: sie sind stark gerötet und geschwollen. Er hält es für sehr möglich, daß der Ursprung des Gelenkrheumatismus ein parasitärer ist, mit der wahrscheinlichen Invasion der Mikroorganismen durch die Mandel.

Bulson (47) räumt hier noch ihre Neigung zum Rheumatismus ein (Diathesis). Weiter schrieben über obige Frage: Sanson (48), Roos (49) aus der Klinik von Quincke (6 Fälle von Entzündung des Pharynx mit darauf folgendem akuten Gelenkrheumatismus). In dem Falle von Leyden (50) trat 3 Wochen vor der Affizierung der Gelenke und Endocardium Entzündung des Pharynx ein. Im Jahre 1894 schrieb Buss (51) eine sehr gute diesbezügliche Arbeit. Er führt 12 Fälle in einer Familie an von Pharynxentzündungen, mit akutem

Gelenkrheumatismus kompliziert, außerdem 11 andere Fälle, wo zwar nicht epidemisch, aber ebenfalls nach Pharynxentzündungen akute Gelenkaffektion auftrat; endlich in 3 anderen Fällen konnte man aus der Anamnese eine kausale Beziehung zwischen diesen Leiden annehmen. Riess (52) giebt eine viel geringeres Verhältnis von Erkrankungen des Pharynx während des akuten Gelenkrheumatismus an als Garrod, nämlich 5 Proz. Suchannek (53) erwähnt in seiner ausgezeichneten Arbeit „Ueber die Beziehungen zwischen Angina und akutem Gelenkrheumatismus“ (1895) daß er solche Komplikationen ebenfalls ziemlich oft beobachtet hat. Er erwähnt einen Fall von Angina follicularis, welche mit diesem Leiden kompliziert war, sowie einen diesbezüglichen Fall von Aronsohn. Groedel (54) beobachtete eine prodromale Entzündung des Pharynx bei akutem Gelenkrheumatismus. Aehnliche Beobachtungen wurden veröffentlicht von Gouguenheim (55) und Sterling (56); Gerhardt (66) giebt 1 Proz., was am meisten der Wahrheit nahe zu kommen scheint, da es einen Mittelplatz einnimmt zwischen dem übertriebenen von Garrod (80 Proz.) und dem zu geringen von Riess (5 Proz.). Nach ihm kommt die Affizierung des Pharynx bei akutem Gelenkrheumatismus mit 21 Proz. vor.

Im Jahre 1895 erschien Freudenthal's (57) Arbeit, betitelt: „On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose“. Dieser Autor, welcher die sog. rheumatische Entzündung des Pharynx für sicher hält, fügt zu dieser Kategorie u. a. die sog. benigne Ulceration des Pharynx (Angina ulcerosa benigna Heryng), indem er 5 Fälle citiert, in welchen dieses Leiden (in 2 mit Rheumatismus kompliziert) einige Tage nach innerlicher Anwendung von Salol wich. In Westbrook's Fall waren ausgedehnte Ulcerationen des Pharynx ebenfalls rheumatischen Ursprunges. Wade (96) erachtet die Entzündung der Mandel als primären, den akuten Gelenkrheumatismus aber als sekundären Prozeß, infolge des Einsaugens von speciellen Mikroben oder ihrer Produkte.

Im Jahre 1897 erschien eine ausführliche Monographie von Peltesohn (58), die beste seit Suchannek: „Ueber Angina und Rheumatismus“, in welcher der Autor unter anderem folgenden Fall erwähnt: Die Mutter leidet an einem Herzfehler infolge frequenter Recidive von Gelenkrheumatismus und stirbt während des letzten Anfalles. Zugleich erkrankten alle Kinder an Angina follicularis, eines von ihnen schließlich an akutem Gelenkrheumatismus mit darauf folgendem Herzfehler. Außerdem macht dieser Autor darauf aufmerksam, daß auch Muskelrheumatismus sich manchmal mit der Affizierung des Pharynx verbindet (1 Fall des Autors). In letzterer Zeit hat M. Donnel (59) einen Fall von rheumatischer Mandelentzündung beschrieben, welcher sich mit der Entzündung des Endocardiums komplizierte, ohne Affizierung der Gelenke; Braislin (60) aber führt 50 Fälle von rheumatischer Ent-

zündung des Pharynx an, endlich Boichon (61) giebt 50 Proz. von Angina prodromalis an.

Dies ist alles, was betreffs der Komplikationen von akutem Gelenkrheumatismus mit Affizierung des Pharynx, resp. des gegenseitigen Verhältnisses dieser beiden Krankheiten bekannt ist.

Aus allem kann man ersehen, daß die sog. Angina rheumatica oder „rheumatic sore throat" der englischen und amerikanischen Autoren zweifellos als selbständiger pathologischer Prozeß existiert. Dies beweisen ganze Reihen von klinischen Beobachtungen, wovon ich bis jetzt in der Litteratur ungefähr 250 sammeln konnte.

Wie ich schon erwähnte, erklärten sich fast alle Autoren, welche über diese Frage geschrieben haben, und ihre Zahl ist bedeutend, für die Existenz der rheumatischen Entzündung des Pharynx. Die einzigen Gegner sind Atkinson und Hope (63).

Die Affizierung des Pharynx bei akutem Gelenkrheumatismus kann demselben entweder vorangehen oder gleichzeitig sein oder endlich einige Zeit nach dem Weichen dieses pathologischen Prozesses auftreten.

Die frequenteste Form ist nach der einstimmigen Erklärung der meisten Autoren die Angina follicularis oder eigentlich „Tonsillitis lacunaris acuta". Seit vielen Jahren verordnete ich bei diesem Leiden konsequent Salicylmittel, und ich denke, daß der verhältnismäßig rasche und benigne Verlauf, welchen ich in meinen Fällen bemerkte, dem Wirken dieser Mittel zuzuschreiben ist.

Aber auch die gewöhnliche Entzündung des Pharynx (Angina simplex) kann von rheumatischem Ursprunge sein, was unter anderem die Komplikation dieses Prozesses mit akutem Gelenkrheumatismus beweist. Solche Fälle sind in der Litteratur bekannt.

Ich selbst, sowie Semon, hatte verhältnismäßig selten Gelegenheit diese Komplikation zu beobachten; dagegen trat sehr oft in meinen Fällen die Entzündung des Pharynx (Angina) mit rheumatischen Schmerzen auf. In diesen Fällen hatten gewöhnlich Salicylmittel, innerlich angewandt, ein ausgezeichnetes Resultat.

Außer diesen zwei Formen von Affektionen des Pharynx rheumatischen Ursprunges (d. h. Tonsillitis lacunaris acuta und Angina simplex) erwähnen einige Autoren Suppurationen der Mandel, resp. des peritonsillären Gewebes (Tonsillitis abscedens et Abcessus peritonsillaris), kompliziert mit akutem Gelenkrheumatismus. Monori (92) teilt Fowler's Ansicht, welche schon im Jahre 1888 geäußert wurde, daß Suppurationsprozesse der Mandel und der peritonsillären Gewebe rheumatischen Ursprunges sind. Unter anderem wurde ein solcher Fall von Auche veröffentlicht.

In dem einzigen derartigen Falle, den ich Gelegenheit hatte zu beobachten, und welcher einen 40-jährigen Priester betraf, bestanden,

außer dem peritonsillären Absceß auf der linken Seite von hinten, auch rheumatische Muskelschmerzen in den Extremitäten. In diesem Falle bestand auch eine rheumatische Affizierung des Larynx (linkes Crico-arytänoidalgelenk). Hier ebenfalls beseitigte Natrum salicylicum das Leiden rasch, das, wie mir scheint, rheumatischer Natur war.

Wie ich schon erwähnte, zählt Freudenthal ebenfalls zu der Gruppe der rheumatischen Pharynxleiden die sog. benigne Ulceration des Pharynx (Angina ulcerosa benigna), welche zum ersten Male von Heryng, nachher von Masucci und von mir (63) beschrieben wurde. Er stützt seine Ansicht auf das gleichzeitige Auftreten in 2 von den 5 von ihm beobachteten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus. Diese Vermutung scheint mir ziemlich wahrscheinlich, da ich mich aus meiner Praxis ebenfalls eines Falles erinnere, einen 12-jährigen Knaben betreffend, bei welchem auf beiden vorderen Gaumenbogen symmetrische superficielle, ovale Ulcerationen waren, welche im allgemeinen an diejenigen erinnerten, welche ich in zwei anderen von mir veröffentlichten Fällen dieses Leidens bemerkte. Dieser Fall war ebenfalls durch akuten Gelenkrheumatismus kompliziert (die Mutter litt infolge desselben Leidens an einem Herzfehler).

Wie wir also sehen, können die Affektionen des Pharynx von rheumatischer Natur unter den verschiedensten Gestalten sich darbieten, manchmal vollständig ohne Affizierung der Gelenke, manchmal mit Affizierung des Herzens; manchmal haben sie einen epidemischen Charakter, öfter aber treten sie sporadisch auf. Die rheumatische Natur dieser Leiden findet bis zu einem gewissen Grade ihre Bestätigung in der Wirksamkeit der Salicylmittel. Andererseits wieder kennt man Beobachtungen, wo die lokale Behandlung, d. h. die Beseitigung der pathologischen Prozesse im Pharynx, auch für immer die frequenten Recidive von akutem Gelenkrheumatismus beseitigt hat [Fälle von Staffel (64) und Stephanides].

Für den rheumatischen Charakter dieser Affektionen spricht ebenfalls die Identität des Virus in beiden pathologischen Prozessen, besonders in der Angina lacunaris. In diesem letzteren Leiden nämlich spielen die Hauptrolle Staphylokokken und Streptokokken, wie dies die übereinstimmenden Resultate der Untersuchungen von B. Fraenkel (98), Goldscheider (100), die meinigen (65) und noch andere bewiesen haben. Diese selbe Art von eiterproduzierenden Mikroben fand man in dem Inhalt der Gelenke bei akutem Gelenkrheumatismus, nämlich: Paul Guttmann (67) Staphylococcus pyogenes aureus, Hlava (68) Streptococci, Birch-Hirschfeld (69) Staphylococcus und Streptococcus. Auf welche Art gelangen diese Bakterien in den Organismus? Es unterliegt heute keinem Zweifel mehr, daß, so wie bei vielen ansteckenden Krankheiten, so auch bei akutem Gelenkrheumatismus der

primäre Sitz des Bacillus das Drüsengewebe ist, nämlich der sogen. lymphatische Ring von Waldeyer, d. h. die Gaumen-, Hals- und Zungenmandeln. Dieses Eindringen ist der stete Emigrationsprozeß der Leukocyten durch die Membranen der Gaumen- und Zungenmandeln (Stöhr 70) sowie des Rachens (Suchanneк 71), infolge dessen in dem Epithel Lücken entstehen, die „physiologische Wunden bilden" (Gerhardt). Durch den Akt der Deglutition und infolge des negativen Luftdruckes wird das Eindringen dieser Mikroorganismen durch die Drüsengewebe des Pharynx erleichtert (Scanes Spicer 72). Weiter, wie Löffler (73) beweist, dringen die Mikroben, wenn sie von der Oberfläche der Schleimhaut in die tieferen Schichten eingedrungen sind, in die Spalträume, oder gleich durch Erosion der abgestorbenen Gewebe zu den Lymph- und Blutgefäßen, wobei sie infolge von Thrombophlebitis im ganzen Organismus und folglich auch in den Gelenken sich verbreiten können, was einen akuten Gelenkrheumatismus zur Folge hat, den man gegenwärtig als ein verblaßtes Spiegelbild der Pyämie anzusehen beginnt (Sahli 74).

Alles, was ich oben über den akuten Gelenkrheumatismus gesagt habe, betrifft mutatis mutandis auch den Muskelrheumatismus, wie das namentlich Peltesohn in seiner oben erwähnten Arbeit bewiesen hat. Auch bei diesem Leiden ist der Pharynx verhältnismäßig oft affiziert (Fälle von Haig Brown, Seifert, Green, Fowler, Semon, Peltesohn, Fletcher Ingals, Beverley Robinson, Maclagan, Thorner u. a.), wobei rheumatische Schmerzen besonders in den Pharynxmuskeln, starke Schmerzen bei der Deglutition, bei relativ geringen entzündlichen Alterationen, sowie im Nacken und im Halse (Torticollis) charakteristisch sind. Einen merkwürdigen Fall führt aus eigener Praxis Peltesohn an: Schon als Kind erkrankte er häufig an Mandelentzündung, immer von Halskrümmung (Torticollis) begleitet. In reiferem Alter traten häufig Anfälle von rheumatischen Schmerzen im Nacken und in den Extremitäten auf (auch Gelenkschmerzen) mit häufigen akuten Entzündungen des Pharynx, besonders in der Gegend der Plica salpingopharyngea. Die Kauterisation des Pharynx mit Argentum nitricum in substantia beseitigte auf längere Zeit diese Symptome. In letzterer Zeit wurde der Kranke abermals von akutem Gelenk- und Muskelrheumatismus befallen, welcher mit Schmerzen bei der Deglutition begleitet war, die manchmal den allgemeinen rheumatischen Symptomen vorangingen.

Viel seltener begegnen wir der rheumatischen Larynxentzündung (Laryngitis rheumatica).

In der Litteratur befinden sich bis jetzt nicht viele derartige Beobachtungen. So ist, wenn ich nicht irre, die erste Erwähnung dieses Leidens von Schech (75) aus München im Jahre 1882—83 gemacht

worden (2 Fälle von Larynxlähmungen rheumatischen Ursprungs, sowie 1 Fall von Gessenius [76] von Lähmung der Glottis-Erweiterer). Das sind die von Lermoyez (77) sogenannten „névrites récurrentielles indirectes".

Etwas später, im Jahre 1886, wählte in Frankreich Raymond Archambault (78) diesen Gegenstand als Thema zu einer Dissertation. Unter anderem erwähnt dieser Autor folgenden Fall: Eine 31-jährige Patientin erkrankte an akutem Gelenkrheumatismus, sowie an Entzündung des Endocardiums und Pericardiums. Plötzlich traten Schmerzen bei der Deglutition auf und Atemnot, welche augenblickliche Tracheotomie nötig machte. Außerdem erwähnt er 2 Fälle von Anschwellung des Larynx rheumatischen Ursprunges (Joal und Coupard).

Gleichzeitig veröffentlichte in Spanien Ramon de la Sota einen Fall von primärer Entzündung im crico-arytänoidalen Gelenk infolge von Erkältung. Dieser Fall muß aller Wahrscheinlichkeit nach zu der Kategorie der rheumatischen Leiden gerechnet werden. Ebenfalls ungefähr um dieselbe Zeit schrieb über diesen pathologischen Prozeß Fletcher Ingals, sowie Max Thorner (1888), welcher unter der Benennung „rheumatic sore throat" auch die Affizierung des Larynx begreift. Weiter gehören hierher 3 Fälle von Massei (79), 1889, von primären Larynxlähmungen, von Lermoyez „névrites récurrentielles rhumatismales directes" genannt. Weiter erwähnt Lacoarret (99) im Jahre 1891, daß die akute Entzündung der crico-arytänoidalen Gelenke rheumatischen Ursprunges sein können. In demselben Jahre beschrieb Ehrmann einen Fall von rheumatischer Stimmbänderlähmung, und Laranza (80) gleichzeitig einen Fall von rheumatischer Affizierung der Larynxmuskeln. Hierher gehören noch 5 Fälle von Hutkinson (81) und ein Fall von Boulay und von Knight (82), welche durch Lermoyez ebenfalls unter die „névrites récurrentielles rhumatismales directes" gerechnet werden.

Im Jahre 1892 giebt Grünwald (83) aus München in seiner Arbeit „Ueber primäre Entzündungen in und am Crico-arytänoidalgelenk" 5 Fälle von sogen. „Synovitis crico-arytaenoidea acuta rheumatica". Charakteristische Zeichen dieses Leidens sollen nach diesem Autor sein: 1) ein specielles unangenehmes Gefühl besonders bei Deglutition, auf einer oder auf beiden Seiten des Halses, oder in der Gegend des Kinnladenwinkels, oder des Hyoidknochens, oder endlich der Mandeln; 2) dieses Gefühl erscheint bei Druck auf die Gegend des Crico-arytänoidalgelenkes auf der entsprechenden Seite, wobei 3) man gewöhnlich eine leichte Krepitation fühlen, manchmal sogar hören kann, und dies nur an dieser Stelle; 4) ein stärkeres Auftreten dieses Gefühls nur bei liegender Stellung, besonders bei gleichzeitiger Deglutition; 5) die Bewegungen des entsprechenden Arytänoidalknorpels nach außen ist im

Laryngoskop sichtbar während eines Druckes von außen auf diese Stelle; endlich 6) begrenzte Empfindlichkeit (Schmerzlichkeit) der Gelenkgegend bei Berührung mit der Sonde von der Seite des Oesophagus.

Diese Fälle ist der Autor geneigt als rheumatische zu betrachten, wegen des typischen pathologischen Bildes, welches sie bieten, wegen ihres raschen Verlaufes, weiter wegen des ätiologischen Faktors (Erkältung), endlich wegen der leichten Recidive infolge neuer pathologischer Anspornungen.

In demselben Jahre (1892) beschrieb Goris (84) einen Fall von Muskelrheumatismus des Larynx (Paralysis der Glottiserweiterer). In diesem Falle wurde die Tracheotomie ausgeführt, worauf Heilung erfolgte.

Im Jahre 1893 veröffentlichte Compaired (85) von Madrid 4 Fälle von rheumatischer Affizierung des Larynx: in einem derselben war Fieber und Affizierung anderer Gelenke. Von laryngealen Symptomen beobachtete der Autor: Heiserkeit und Schmerz bei Sprechen und Deglutition, sowie bei Berührung der äußeren Larynxgegend. Bei laryngoskopischer Untersuchung erwies sich die Gegend der Arytänoidalknorpel als stark angeschwollen, wobei die Bewegungen der Stimmbänder beeinträchtigt waren. In diesen Fällen beseitigten starke Dosen von Salicylmitteln die laryngealen Symptome rasch.

In demselben Jahre beschrieb Simanowski (86) von Petersburg gleichfalls 3 Fälle von rheumatischer Entzündung der Crico-arytänoidalgelenke. In allen waren ebenfalls andere Gelenke affiziert. Einmal war der Larynx primär affiziert. Einmal auch war die Affizierung bilateral. Von den Symptomen wurde stets Heiserkeit beobachtet, Dysphagie und Schmerz bei äußerem Betasten der Larynxgegend. Bei laryngoskopischer Untersuchung fand man: Anschwellung der Cricoarytänoidalen Gegend und schwache Mobilität der Stimmbänder.

Ebenfalls im Jahre 1893 beobachtete der in Newcombe's Arbeit „The laryngeal manifestations of rheumatism" erwähnte Schmigelow aus Kopenhagen Paralysis der Stimmbänder rheumatischen Ursprunges. Thorner[1]) trat zum zweiten Male in dieser Frage auf. Im Jahre 1894 veröffentlichte Georges Meyer (87) aus Berlin einen Fall, welcher einen 49-jährigen Kranken betraf und dessen 5-jähriger Sohn ebenfalls von derselben Krankheit befallen war, d. h. von akutem Gelenkrheumatismus. Dieser Kranke litt gleichzeitig an Affizierung des Cricoarytänoidalgelenkes (empfindliche Schmerzen bei Deglutition, Atemnot) infolge dessen es fast bis zur Tracheotomie kam. In demselben Jahre beschrieb de Haviland-Hall in seinem Handbuch über Krankheiten der Nase und des Halses 2 Fälle von Affizierung der Crico-arytänoidalgelenke (Positio cadaverica des Stimmbandes) von rheumatischem Ur-

1) l. c.

sprunge. Er denkt, daß, im Falle andere Gelenke nicht affiziert sind, die Diagnose erschwert sein dürfte. Garrod in seinem „Treatise on rheumatism“ berührt 3 diesbezügliche Fälle (ein tödlicher von Schützenberger und 2 von Hirsch). In der schon erwähnten Arbeit von Freudenthal aus New York vom Jahre 1895 finden wir einige Fälle von rheumatischem Larynxleiden. Dieser Autor räumt, Mackenzie's Ansicht entgegen, nicht nur diese Krankheit ein, sondern betrachtet sie als verhältnismäßig frequent, hierin mit Archambault und mit Haviland-Hall übereinstimmend.

Er denkt, daß bei gewissen Individuen mit rheumatischer Neigung die Larynxentzündung in vielen Fällen wochenlang, sogar monatelang das einzige Symptom des Rheumatismus sein kann und als gewöhnliche Larynxentzündung wirkungslos durch lokale Mittel behandelt werden kann, während innerliche Anwendung von Salicylmitteln binnen kurzem dieses Leiden beseitigen würde. Als Beweis dafür erwähnt dieser Autor aus eigener Praxis folgende Fälle: 1) Ein 50-jähriger Kranker ließ sich vom Autor wegen einer sehr hartnäckigen Larynxentzündung behandeln, zugleich aber litt er an einem Gelenk- und Muskelrheumatismus. Vor 2 Jahren wurde er abermals von akutem Gelenkrheumatismus befallen, welcher sich seitdem öfter wiederholte, und immer mit Laryngitis. Lokale Behandlung blieb wirkungslos, dagegen erfolgte rasche Heilung nach innerlichem Gebrauch von Salol. 2) Der zweite Fall betraf eine 31-jährige Kranke, welche nach starker Erkältung Schüttelfrost, Schmerzen im ganzen Körper, Heiserkeit und Schmerzen im Rachen bekam. Bei laryngoskopischer Untersuchung des Larynx bestätigte der Autor Röte der Larynxschleimhaut, sowie vollständige Immobilität des linken Stimmbandes. Die inneren Organe waren gesund. Da er den rheumatischen Ursprung des Larynxleidens voraussetzte, verschrieb der Autor zum Einnehmen Natrium salicylicum. Nach 3 Tagen erfolgte Heilung ohne lokale Behandlung. 3) Der dritte Fall betraf ein 17-jähriges Mädchen, welches seit einigen Wochen Schmerzen in der linken Hälfte des Larynx hatte. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte keinerlei Alterationen. 2 Monate später, bei stets fortdauernden Schmerzen, fand der Autor eine Anschwellung in der Gegend des linken Arytänoidalknorpels; die Bewegungen der linken Larynxhälfte, resp. des linken Stimmbandes, waren viel weniger frei. Aphonie. Innere Organe gesund. Einige Monate später erkrankte sie an akutem starken Gelenkrheumatismus (schon ein paarmal vorher hatte sie rheumatische Anfälle gehabt). Trotz der Anwendung von Salicylmitteln ging die Genesung langsam voran, und erst bei Eintritt der warmen Jahreszeit hörten die Schmerzen und die Larynxstörungen auf. Außerdem erwähnt der Autor Larynxaffizierung im Verlauf eines chronischen Gelenkrheumatismus (Fälle von Harrison-Allen, Hinkel und seine

eigene), indem er sie jedoch zu Affektionen podagrischen oder lithämischen Ursprunges rechnet.

Im Jahre 1896 veröffentlichte KNIGHT einen Fall von Paralysis des rechten Stimmbandes rheumatischen Ursprunges; nach 9 Jahren erfolgte Lähmung des linken Stimmbandes, von demselben Ursprung.

Im nämlichen Jahre veröffentlichte ich in der „Gazeta Lekarska" (88) einen Fall von Entzündung der Crico-arytänoidalgelenke rheumatischen Ursprunges (Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica): Eine 18-jährige Kranke hatte vor 3 Wochen eine Frühgeburt. Einige Tage vorher zeigte sich plötzlich Fieber, Heiserkeit, Halsschmerzen und Gelenkschmerzen, besonders im linken Ellbogengelenk. Bei laryngoskopischer Untersuchung fand ich die Gegend der beiden Crico-arytänoidalknorpel stark gerötet und angeschwollen; die Mobilität beider Larynxhälften fast null, die Stimmritze minimal, Atemnot. Aeußere Berührung der Gegend der Crico-arytänoidalknorpel schmerzhaft. Salipyrin, nachher natrum salicylicum lokal — Pulverisation mit einer Cocainlösung. Nach 2 Wochen verschwanden alle laryngealen Symptome, sowohl subjektive als objektive, dagegen aber wich die Affizierung eines Gelenkes erst gänzlich nach einer Kur in Ciechocinek (Soolbäder).

Im Jahre 1897 las Professor UCHERMANN (85) aus Christiania auf dem internationalen Kongreß in Moskau eine Arbeit unter dem Titel: Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa) vor, in welcher er 2 Fälle von Larynxaffizierung anführt in Gestalt von begrenzten, sehr schmerzhaften, rötlichen und ziemlich harten Infiltrationen in der Nähe oder unter dem Crico-arytänoidalknorpel mit Pseudoankylose, sowie Immobilität des entsprechenden Stimmbandes. Er denkt, daß viele sog. rheumatische Paralysen des unteren Larynxnervs ein Ueberbleibsel nach diesen Alterationen seien. Diese Vorlesung rief binnen kurzem eine Reklamation hervor, zuerst von seiten GOLDSCHEIDER's (90), welcher einen ähnlichen Fall erwähnt, der im Jahre 1894 in LEYDEN's Klinik beobachtet wurde (dieser Fall wurde nachher von SCHLEUDER beschrieben in seiner Dissertation: „Ueber Oedema laryngis bei Polyarthritis rheumatica acuta" 1895). HIRSCH (91) aber beweist, daß GERHARDT schon vor 24 Jahren 2 Fälle beschrieben hat, welche denen UCHERMANN's ähnlich sind. Selbst aber erwähnte er im Jahre 1886 („Zur Statistik des akuten Gelenkrheumatismus"), daß in der Würzburger Klinik in den Jahren von 1876 bis 1884 3 Proz. der Gelenkrheumatismusfälle mit dieser Art von Larynxaffektion kompliziert waren.

Endlich erwähnte ich im Jahre 1898 in meiner Arbeit (92), betitelt: „Ueber eiterige Entzündung der Gaumen- und Zungenmandel mit besonderer Rücksicht auf die peritonsillären Abscesse", u. a. einen Fall, in welchem ebenfalls das linke Crico-arytänoidalgelenk affiziert war, wahrscheinlich rheumatischer Natur, nach dem schnellen Weichen dieser

Alterationen infolge innerlichen Eingebens von Natrium salicylicum zu urteilen. Von diesem Falle machte ich schon teilweise eine Erwähnung im ersten Teile vorliegender Arbeit. Den letzten Fall endlich beobachtete ich in letzter Zeit in der polyklinischen Praxis: Eine ca. 20-jährige Kranke klagte über Schmerzen in der Larynxgegend, welche schon einige Tage dauerten, sowie über Schmerzen in den Kniegelenken. Mit dem Laryngoskop erkannte ich die Affizierung des linken Cricoarytänoidalgelenkes (Anschwellung und Röte der Gegend des linken Arytänoidalknorpels, bedeutende Beeinträchtigung der Mobilität des linken Stimmbandes). Die äußere Untersuchung des Larynx (Palpatio) sehr schmerzhaft. Natrium salicylicum, innerlich angewendet, brachte Heilung nach einigen Tagen ohne lokale Behandlung.

Das ist alles, was bis jetzt über rheumatische Larynxleiden bekannt ist.

Wir sehen also, daß diese Leiden von der verschiedensten Natur sein können, von der gewöhnlichen Larynxentzündung (Laryngitis acuta simplex) oder Laryngitis acuta rheumatica circumscripta v. nodosa (Uchermann) an bis zu den Larynxparalysen resp. den Stimmbänderlähmungen, entweder selbstbestehend (névrites récurrentielles rhumatismales — Lermoyez) oder auch sekundär infolge entzündlicher Affizierung der crico-arytänoidalen Gelenke (Perichondritis arytaenoidea-Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica). Dabei kann die Affektion des Larynx von rheumatischem Ursprunge den allgemeinen rheumatischen Prozeß komplizieren und alsdann ist die Diagnose leicht. Manchmal jedoch erlaubt erst längere Beobachtung sowie der kurative Einfluß der Salicylmittel die richtige Diagnose der rheumatischen Larynxaffektion, welche in vielen Fällen dem Auftreten dieses Prozeßes in den Gelenken der Extremitäten in kürzerem oder längerem Zeitraume vorangeht.

Auch hier, wie bei der Affektion der Pharynx, bezieht sich alles, was bis jetzt betreffs des akuten Gelenkrheumatismus gesagt wurde, mutatis mutandis auf den Muskelrheumatismus, wie das unter anderem durch einen von mir beobachteten Fall bestätigt wird, welchen ich oben erwähnt habe (hinterer peritonsillärer Absceß, Affizierung des linken Cricoarytänoidalgelenkes, akuter Muskelrheumatismus).

Nun bleibt uns noch die Affektion der Nasenhöhlen, der lateralen Nasenhöhlen, sowie der Nasopharynxhöhle bei akutem Gelenkrheumatismus zu betrachten.

Ich bemerke von vornherein, daß wir bis jetzt in dieser Richtung sehr begrenzte Angaben besitzen. Obgleich schon lange in der Litteratur verschiedene verstreute Bemerkungen über den rheumatischen Ursprung gewisser Nasenleiden existieren (Grenham z. B. beobachtete im Jahre 1880 7mal auf 50 Fälle Nasenblutungen während akuten Gelenk-

rheumatismus; ebenso Shaw (93), so beschäftigte sich erst 1895 Freudenthal als der erste ausführlicher mit dieser Frage. Mit Recht, wie mir scheint, wirft dieser Autor die Frage auf, wenn wir den rheumatischen Ursprung der Rachen- und Kehlkopfaffektionen annehmen, warum sollten wir nicht diese Ansicht auch auf gewisse Nasenleiden ausdehnen? Es unterliegt nicht dem geringsten Zweifel, daß ein gewisser Teil der akuten Nasenkatarrhe, von Erkältung herrührend, auf Rechnung des Rheumatismus kommen muß. Dasselbe betrifft die akute Affektion der lateralen Nasenhöhlen, wobei, außer den lokalen Symptomen, der Kranke sehr oft über allgemeine schmerzhafte Müdigkeit klagt, sowie über Schmerzen in den Gelenken, Muskeln, Knochen u. s. w. Dadurch erklärt sich wahrscheinlich die kurative Wirkung, welche wir in diesen Fällen nach Anwendung von Salicylmitteln (Natrium salicylicum, Salol, Salipyrin) bemerken.

Freudenthal beobachtete ebenfalls die Affizierung der Nasenhöhlen von rheumatischer Natur bei chronischem Gelenkrheumatismus. Im allgemeinen teilt dieser Autor die rheumatischen Nasenleiden in zwei Hauptgruppen: 1) mit objektiven Alterationen (Anschwellung der Muscheln, welche sich nicht kurieren läßt u. s. w.) und 2) ohne diese Alterationen, wo also der rheumatische Charakter des Nasenleidens exjuvantibus entdeckt wurde. Beide Gruppen illustriert der Autor durch Beobachtungen, welche er seiner eigenen Praxis entnimmt.

Die erste Kategorie der Leiden wird von Freudenthal in 2 Fällen beschrieben: 1) Eine 55-jährige Kranke litt an chronischem Gelenkrheumatismus mit Exacerbationen; während einer derselben bekam sie einen heftigen Nasenkatarrh mit vollständiger Obstruktion der Nasenhöhlen, Kopf- und Nasenschmerzen. Bei Berührung war die Nase schmerzhaft, wie auch bei Einführung des Rhinoskops, jedoch ohne irgend welche Alterationen in den Nasenöffnungen, welche dieses Symptom erklären könnten. Dagegen waren die Nasenmuscheln (untere und mittlere) stark angeschwollen, wobei die Anschwellung nach Einpinselung mit 10-proz. Cocain nicht wich. Dieser Zustand dauerte ungefähr 3 Wochen, wonach erst mit der Beseitigung der Gelenkaffektion alle Symptome seitens der Nase aufhörten.

Nach einem Jahre wiederholte sich dasselbe Leiden; neuerdings erschien Affizierung der Gelenke und der Nase, welche diesmal 2 Wochen anhielt.

2) Der zweite Fall betraf einen 41-jährigen Kranken, ebenfalls mit veraltetem Rheumatismus. Während eines der neuen Anfälle traten Schmerzen auf der linken Seite der Nase auf. Bedeutende Anschwellung der linken unteren Nasenmuschel (reicht an die Nasenscheidewand), und die Untersuchung mit der Sonde zeigt deren Dichtheit. Cocain blieb ohne Einfluß. Nach 3 Wochen, bei allgemeiner Behandlung (Salol,

Dämpfe) trat Heilung ein. Nach 5 Wochen trat ein Recidiv ein mit analogischer Affizierung dieser selben (linken) Hälfte der Nase. Von der allgemeinen Behandlung wurden derselbe Einfluß und dieselbe Wirkung erreicht.

Die zweite Kategorie der rheumatischen Nasenleiden (ohne objektive Alterationen) ist häufiger. Der Autor erwähnt 3 Fälle dieser Art.

1) Eine 22-jährige Kranke klagte über Schmerz in der Nase, welcher schon 2 Jahre andauerte. Sie leidet seit den Kinderjahren an Gelenkrheumatismus. In der Nase wurden bei genauer Untersuchung keinerlei Alterationen objektiver Natur entdeckt. Natrium salicylicum beseitigte den Nasenschmerz für einige Zeit, wonach er öfter wiederkehrte, aber immer mit Erfolg durch dasselbe Mittel behandelt wurde.

2) Der Fall betraf eine 65-jährige Kranke, welche seit 9 Monaten an Schmerzen in der Nase leidet. Seit lange empfindet sie rheumatische Schmerzen in den Gelenken. In der Nase sind keine Alterationen. Innerlich angewandtes Salol (6,0 täglich) beseitigte die Nasenschmerzen.

3) Ein 19-jähriger Kranker empfindet seit 5 Monaten Schmerzen in der Nase ohne sichtbare Alterationen in den Nasenhöhlen. Es trat Pleuritis sicca auf. Er bekam Natrium salicylicum in großen Dosen (8,0 täglich). Nach 3 Wochen trat Heilung ein.

Ich hatte Gelegenheit, vor einigen Jahren in der Privatpraxis einen ähnlichen Fall zu beobachten: Eine ca. 20-jährige Kranke klagte über peinigende Schmerzen in der Nase, in der Gegend der Stirnhöhlen, welche schon einige Monate anhielten. Die rhinoskopische Untersuchung der Nasenhöhlen gab ein durchaus ungünstiges Resultat, ebenso wie die Translumination der lateralen Nasenhöhlen (Highmors- und Stirnhöhlen). Jede bis jetzt angewandte Behandlung blieb ohne Erfolg. Erst Nachforschungen (durchgemachter, von Zeit zu Zeit sich wiederholender Gelenkrheumatismus) gaben Anhaltspunkte, um die Diagnose der Natur des Nasenleidens aufzustellen. Und wirklich beseitigten Salicylmittel sowie Salzbäder dieses hartnäckige Leiden.

Seit jener Zeit hatte ich Gelegenheit, noch 2 andere ähnliche Fälle wie die oben beschriebenen zu beobachten, in welchen ebenfalls Natrium salicylicum, resp. Salol erfolgreich war. Ebenfalls in der letzten Zeit beobachtete ich einen Fall, welcher zu der ersten Gruppe von Freudenthal gehört: Eine 22-jährige Kranke litt seit einigen Tagen an akutem Gelenkrheumatismus mit akuter Entzündung der Schleimhaut des Pharynx und der Nase. In der Nase bemerkte man eine bedeutende Anschwellung und Röte der unteren Muscheln; die Nase war gegen Berührung sehr empfindlich, besonders in der Nähe der Nasenflügel. Ohne Lokalbehandlung, einzig durch innerliche Anwendung von Natrium salicylicum, verschwanden rasch alle Symptome,

sowohl die subjektiven (Nasenschmerz, schmerzhafte Deglutition), als die objektiven (Anschwellung der Muscheln, Affektion des Pharynx, Angina simplex), zugleich mit den Gelenkschmerzen.

Von anderen Autoren erwähnte DE HAVILAND-HALL (94) einen Fall von Tonsillitis follicularis pharyngealis in der Nasopharynxhöhle, von rheumatischem Ursprung. Dieser Autor macht die im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus auftretenden Nasenblutungen abhängig von dem innerlichen Gebrauch des Natrium salicylicum.

Endlich muß ich erwähnen, daß in letzter Zeit UCHERMANN in der Nase Alterationen bemerkte, welche ähnlich denen von ihm beschriebenen im Larynx waren, der Autor sah nämlich auf der knorpeligen Scheidewand einseitige, gewöhnlich begrenzte Infiltrationen (Rhinitis acuta rheumatica circumscripta s. nodosa).

Wie soll man sich den kausalen Zusammenhang zwischen dem akuten Gelenkrheumatismus, resp. Muskelrheumatismus und der Affektion der Nasenhöhlen erklären? Hier sowohl als in dem Rachen ist die primäre Festsetzung des Mikroben in den Nasenhöhlen wahrscheinlich, wozu noch der günstige Umstand kommt, daß, wie es BICKEL (95) demonstriert, das (adenoidale) Drüsengewebe, welches dem Eindringen der pathogenen Mikroorganismen sehr günstig ist, sich von der Nasopharynxhöhle auf die Nasenhöhlen ausdehnt und bis zu dem vorderen Ende der unteren und mittleren Nasenhöhlen reicht. Es existieren ebenfalls experimentelle Untersuchungen von ROTH (101), welche beweisen, daß eine Infizierung selbst bei unbeschädigter (unveränderter) Schleimhaut der Nase möglich ist.

Litteratur.

1) Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1895.
2) Clarke, Schmidt's Jahrbücher, 1865.
3) Ogle, Med. Times and Gaz., February 11, 1865.
4) Heymann, Virchow's Arch., Bd. 56, 1872.
5) Niemeyer-Seitz, Lehrb. der spec. Pathol. u. Ther., 9. Aufl., 1879.
6) Lagranère et Piponnier, Essai sur les angines rhumatismales et goutteuses, Thèse, Paris 1876.
7) Boeck, Schmidt's Jahrbücher, 1882.
8) Fowler, On the association of the affections of the throat with acute rheumatism, Lancet, 1880, No. 24.
9) Garrod, A treatise on rheumatism, p. 82.
10) Lasègue, Arch. générales de médecine, 1880.
11) Stewart, Lancet, 1881, April 4.
12) Harkin, Dublin Journ., 1881, October.
13) Loebl, Wiener Blätter, 1882, S. 43.
14) Laure, L' Union médicale, 1882, p. 141, 3.
15) Ollivier, L'Union médicale, 1884, p. 151.
16) St. Clair Thompson, Lancet, 1884, May 24.
17) Male, Lancet, 1884, Sept. 6.
18) Mantle, Brit. med. Journ., 1885, November.
19) Green, Quinsy and rheumatic tonsillitis and rheumatic diathesis; Infectious sore throat etc., Brit. med. Journ., 1885, Sept. 26.
20) Griffith, Ibidem, April 13.
21) Hary Brown, ibid. 1885, Oct. 3.
22) Fitzmaurice, ibid. 1885, Oct. 17.
23) Fortescue, Fox, ibid. 1885, Sept. 28.
24) Easby, ibid. 1885, Dec. 12.
25) Craig, ibid. 1896, Jan. 1.
26) Plimmer, ibid. 1896, Jan. 16.
27) J. Brown, ibid. 1896, Jan. 23.
28) Cameran, ibid. 1896, Febr. 6.
29) Gubb, ibid. 1896, M. 23.
30) Atkinson, ibid. 1885, Aug. 19.
31) Semon, Referent über obige Arbeiten in Int. Centr. f. Lar., 1886, p. 491.
32) Stephanides, Prag. med. Woch., 1885, No. 50.
33) Seifert, Ueber Angina lacunaris, Wien. med. Woch., 1886, No. 40.
34) Lewis, Brit. med. Journ. 1888.
35) Whipham, ibid. 1888, Febr. 25.
36) Bewerley Robinson, New York med. Rec., 1880, Dec. 6.
37) Radcliffe, Journ. of Amer. med. Assoc., 1890, 12, 4.
38) Thayer, New York med. Journ., 1890, No. 26, 27.
39) Ingals and Sajuns, Annals of the univ. med. Science.
40) Thorner, Chronic throat affections of rheumatic origin, New York med. Record, 1889, June 22.

41) Hinkel, Med. Press of Western New York, Vol. III, No. 7.
42) Auche, Ann. de la Polyclin. de Bordeaux, 1801, T. II, No. 5.
43) Dalton, British med. Journ., March 1.
44) Cressland, I. Centralbl. für Laryng., Bd. 9, S. 499.
45) Czajkowski, Gazeta Lekarska, 1891, No. 19.
46) Fiedler, Jahresber. d. Gesellsch. für Naturw. u. Heilk. Dresden, 1890, 1.
47) Bulson, I. Centralbl. f. Laryng., 1894/95, S. 461.
48) Sanson, Allg. Wien. med. Ztschr., 1893, No. 6.
49) Roos, Ueber rheumatische Angina, Berl. klin. Woch., 1894, No. 25, 26.
50) Leyden, Deutsch. med. Woch., 1894, 12. Juni.
51) Buss, Ueber die Beziehungen zwischen Angina und akutem Gelenkrheumatismus, Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1894, Bd. 54.
52) Riess, in Buss Arbeit citiert.
53) Suchannek, Die Beziehungen zwischen Angina und akutem Gelenkrheumatismus, Samml. zwangsl. Abh. a. d. Geb. d. Nase, Ohr, Mund, 1895, Heft 1.
54) Groedel, I. Centralbl. f. Laryng., S. 485.
55) Gouguenheim, Gaz. méd., 1897.
56) Sterling, I. Centralbl. f. Laryng., 1896, S. 161.
57) Freudenthal, On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose, Med. Record, 1895, February 16.
58) Peltesohn, Ueber Angina und Rheumatismus, Arch. f. Lar., Bd. 7, Heft 1, S. 58.
59) M'Donnel, Brit. med. Journ., 1897, January 2.
60) Braislin, I. Centralbl. f. Laryng., 1893/4, S. 294.
61) Boichon, Gaz. hebdom. d. méd., 1896, Juin 22.
62) Hofe, I. Centralbl. f. Laryng., 1896, S. 463.
63) Sendziak, (Zweimal) Fall von benigner Angina ulcerosa, Nowiny lekarskie i Przegląd lekarski, 1892.
64) Staffel, I. Centralbl f. Laryng., 1896, S. 378.
65) Sendziak, Przyzyinek do etiologii t. zw. Angina follicularis, Nowiny lek., 1894 und Arch. f. Lar.
66) Gerhardt, Verhandl. d. Kongr. f. innere Med., 1896, 8. April.
67) Guttmann, Deutsch. med. Woch., 1886, No. 46.
68) Hlava, Baumgarten's Jahresberichte, 1888.
69) Birch-Hirschfeld, Verhandl. d. Kongr. f. innere Med., 1888.
70) Stöhr, Virch. Arch., Bd. 97.
71) Suchannek, Ziegler's Beitr. zur norm. u. path. Anat., 1888.
72) Scanes Spicer, Lancet 1880, Oct. 27, p. 805.
73) Löffler, Mitt. aus d. Kais. Ges., 1884, Bd. 2.
74) Sahli, Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1884, No. 1.
75) Schech, Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1883, No. 8.
76) Gessenius, Deutsch. med. Woch., 1882, No. 38.
77) Lermoyez, Les causes des paralysies récurrentielles, Bull. et Mém. d. l. Soc. fr. de Laryng., T. 12, p. 145.
78) Archambault, Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme. Thèse, Paris 1886.
79) Massei, Nevrita primaria de trunco dei ricorrenti, Arch. ital. di Lar., 1889, p. 107.
80) Laronza, Rev. de Lar., 1891, p. 398.
81) Hutchinson, Brit. med. Journ., 1891, Aug. 18.

82) Knight, Arch. of Laryng., Vol. IV, p. 137.
83) Grünwald, Ueber primäre Entzündungen in und am Crico-arytänoidalgelenk, Berl. klin. Woch., 1892, No. 20.
84) Goris, I. Centralbl. f. Laryng., 1893/4, S. 144.
85) Compaired, Arch. intern. de Laryng., Vol. I, 1893, No. 25.
86) Simanowsky, Wracz, 1893, No. 18—20.
87) Meyer, Berl. klin. Woch., 1893, No. 16.
88) Sendziak, Zapalenie stawów obrączkowonalew kowych pochodzenia reumatycznego, Gaz. lek. und Arch. f. Lar.
89) Uchermann, Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa), Deutsche med. Woch., 1897, No. 47.
90) Goldscheider, Deutsche med. Woch., 1897, No. 50.
91) Hirsch, Deutsche med. Woch., 1897, No. 50.
92) Sendziak, O ropnem zapaleniu migdałków podniebiennydr etc., Kron. lek., 1898.
93) Shaw, Guys Hosp. Rep., Vol. 14, p. 215.
94) de Haviland-Hall, The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine, Lancet, 1897, Febr. 27, u. March 13.
95) Bickel, Virchow's Arch., Bd. 97, S. 340.
96) Wade, Brit. med. Journal, 1896.
97) Monori, Boll. delle malat. dello orecch., 1897, Vol. III.
98) B. Fraenkel, Berl. klin. Woch., 1886, No. 17—18.
99) Lacoarret, I. Centralbl. f. Laryng., Bd. 8, S. 495.
100) Goldscheider, Zeitschr. f. klin. Med., 1893, Bd. 22.
101) Roth, Zeitschr. f. Hyg., 1888, Bd. 4, S. 151.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 2020

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Der zweite Band liegt vollständig vor mit folgenden Vorträgen:

I. **Die operative Eröffnung der Mittelohrräume.** Eine für den praktischen Arzt bestimmte Schilderung der jetzt üblichen operativen Behandlungsweisen eines Teiles der Mittelohreiterungen von Dr. Kretschmann, Magdeburg. Einzelpreis: 80 Pf.

II. **Die Diphtherie der Nase** von Dr. Wilh. Anton, Prag. Einzelpreis: 80 Pf.

III. **Die sog. Autophonie i. e. die pathologische Resonanz der eigenen Stimme** von Dr. G. Brunner, Zürich. Einzelpreis: 50 Pf.

IV. **Das Cholesteatom des Ohres** von Dr. Rudolf Panse, Ohrenarzt in Dresden-Neustadt. Einzelpreis: 80 Pf.

V. **Das Verhältnis der Ohrenerkrankungen zu den Augenaffektionen** von Docent Dr. Rohrer in Zürich. Einzelpreis: 80 Pf.

VI. **Ueber die Verwertung der Pharyngo-Laryngoskopie in der Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems** von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg i. E. Einzelpreis: 80 Pf.

VII. **Der Einfluss des Klimas und der Witterung auf die Entstehung, Verhütung und Heilung von Ohr-, Nasen- und Rachenkrankheiten** von Prof. Dr. H. Hessler in Halle a. S. Einzelpreis: 2,80 M.

VIII. **Die Fremdkörper in Nase und Ohr** von Dr. Emanuel Fink in Hamburg. Einzelpreis: 80 Pf.

IX. **Die angeborenen und erworbenen Missbildungen des Ohres** von Prof. Dr. Stetter in Königsberg i. Pr. Einzelpreis: 1 Mark.

X. **Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie** von Dr. Anton Lieven in Aachen. I. Teil. **Die Syphilis der Nase.** Einzelpreis: 80 Pf.

XI. **Ueber das Wesen und den Wert der Hörübungen bei Taubstummen und hochgradig Schwerhörigen** von Dr. Treitel in Berlin. Einzelpreis: 80 Pf.

XII. **Die Gewerbe- und Berufskrankheiten des Ohres** von Dr. M. Kahn in Würzburg. Einzelpreis: 75 Pf.

XIII. **Die sogenannte Sklerose des Mittelohres** von Dr. Rudolf Panse, Ohrenarzt in Dresden-Neustadt. Einzelpreis: 80 Pf.

XIV. **Die Erkrankungen des Gehörorganes bei Masern und bei Influenza** von Dr. Louis Blau in Berlin. Einzelpreis: 1 Mark 80 Pf.

Vom dritten Band sind erschienen:

I. **Ueber Beziehungen zwischen einigen Affektionen der Nase wie des Rachens und Augenkrankheiten** von Dr. Ernst Winckler in Bremen. Mit 41 Abbildungen im Text. Einzelpreis: 2 Mark.

II. **Ueber Besserhören im Lärm** und die Bedeutung dieses Phänomens für die Pathologie und Therapie der chronischen progressiven Schwerhörigkeit im Lichte der Neuron-Lehre von Dr. Max Breitung, Medizinalrat in Coburg. Einzelpreis: 50 Pf.

Fortsetzung auf der letzten Seite des Umschlags.

III. **Giebt es ein Hören ohne Labyrinth?** von Dr. Max Kamm, Breslau. Einzelpreis: 60 Pf.

IV. **Die tuberkulösen Erkrankungen des Gehörorgans** von Dr. med. Otto Barnick, Ohrenarzt am Anna-Kinderhospital und am Landes-Taubstummeninstitut zu Graz. Mit 1 lithogr. Tafel. Einzelverkauf: 2 M.

V. **Der Scharlach und das Scharlachdiphtheroid in ihren Beziehungen zum Gehörorgan** von Dr. E. Weil in Stuttgart. Einzelpreis: 60 Pf.

VI. **Zur vergleichenden Anatomie und Physiologie des Gleichgewichts- und Gehörorganes** von Dr. Rudolf Panse, Ohrenarzt in Dresden-Neustadt. Oberarzt am Diakonissenhaus. Mit 35 Abbildungen im Text. Einzelpreis: 2 M.

Cramer, Dr. A., Professor an der Universität Göttingen, **Gerichtliche Psychiatrie.** Ein Leitfaden für Mediciner und Juristen. 1897.

Mendelsohn, Dr. Martin, Professor an der Universität in Berlin, **Krankenpflege für Mediziner.** Mit 368 Abbildungen. 1899. Preis: brosch. 6 Mark 50 Pf., geb. 8 Mark.

Mikulicz, J., Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik und **Kümmel,** W., Leiter der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Breslau, **Die Krankheiten des Mundes.** Mit Beiträgen von **A. Czerny,** Direktor der Universitäts-Kinderklinik und **J. Schaeffer,** Privatdozent für Dermatologie in Breslau. Mit 2 lith. Tafeln und 62 Abbildungen im Text. Preis: brosch. 7 Mark, geb. 8 Mark.

Naegeli, Dr. med. Otto, **Nervenleiden und Nervenschmerzen, ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe.** Für Aerzte und Laien gemeinverständlich dargestellt. Mit 22 Abbildungen im Text. **Zweite gänzlich umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage.** 1899. Preis: brosch. 2 Mark 40 Pf., geb. 3 Mark.

Nauwerck, Prof. Dr. C., Prosector am Stadtkrankenhause in Chemnitz, **Sektionstechnik** für Studierende und Aerzte. Dritte vermehrte Auflage. Mit 62 teilweise farbigen Abbildungen. Preis: broch. 4 Mark 50 Pf., geb. 5 Mark 25 Pf.

Stempel, Dr. Walther, Specialarzt für Chirurgie, ehemaliger Hilfsarzt an der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien in Breslau, **Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenanwärter** nebst Auszug und Kommentar der für die Aerzte wichtigsten Gesetze und Bestimmungen betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung. 1899. Preis: 4 Mark.

Soeben erschien:

Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft. Im Auftrage des Ausschusses herausgegeben von Prof. Dr. **F. Siebenmann** d. z. ständ. Sekretär der Gesellschaft. VIII. Versammlung in Hamburg am 19. und 20. Mai 1899. Mit 1 Abbildung im Text und 2 Tafeln. Preis: 4 Mark 50 Pf.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 2020

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES

This book is due on the date indicated below, or at the expiration of a definite period after the date of borrowing, as provided by the library rules or by special arrangement with the Librarian in charge.

DATE BORROWED	DATE DUE	DATE BORROWED	DATE DUE
C28 (962) 50M			

RC 793
S e 5
1899

AUG 8